



Therapievereinbarung

zwischen:

Irene Sturm, Bauerstraße 15, 80796 München
und

Gesetzlicher Vertreter/in: _____

von (Kind/Jugendlicher) Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Für gesetzlich Versicherte:

Mein/e Tochter/Sohn ist in einer **gesetzlichen Krankenkasse** (familien)versichert. Die Krankenkasse gewährt eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung, die vertraglich sichergestellt ist. Zu Beginn eines jeden Quartals bringt der Patient seine Versichertenkarte zum Behandlungstermin mit.

Für privat Versicherte:

Mein/e Tochter/Sohn ist in einer **privaten Krankenkasse** (familien)versichert bzw. beihilfeberechtigt. Als sein gesetzlicher Vertreter / seine gesetzliche Vertreterin rechne ich mit einer Privaten Krankenkasse bzw. der Beihilfe ab. Ich bin verpflichtet, mich vor Beginn der Behandlung selbst über die Bedingungen des Versicherungsvertrages zu informieren und zu klären, ob und inwieweit die Behandlungskosten für mein Kind erstattet werden. Ich selbst muss die Genehmigung bei der Privaten Krankenkasse beantragen. Unabhängig von der Erstattung durch Dritte schulde ich

Die Kosten für die Behandlung richten sich nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP): Üblicher 2,3-facher bis max. 3,5-facher Satz bei erhöhtem Aufwand durch Krisen, komplexe Problematiken, Ko- und Multimorbidität, Komplikationen und Therapiestunden mit Überlänge (mehr als 50 Min.). Die vollständige Gebührenordnung ist auf der Webseite der Bundespsychotherapeutenkammer (www.bptk.de) zu finden.

Frau Irene Sturm das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungslegung.

Ich bin damit einverstanden, dass ich meine Rechnungen per Post erhalte.



Datenschutzerklärung: im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung werden Informationen über den Patienten und seine Problemstellung erhoben. Zur Planung und Beantragung, Durchführung, Abrechnung und zur Dokumentation und Qualitätssicherung der Psychotherapeutischen Behandlung werden Informationen über den Patienten und seine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Für den Schutz dieser Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Der Patient erklärt sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung für diese Zwecke, auch in elektronischer Form, einverstanden.

(Name, Vorname des Patienten/der Patientin, ggf. Name, Vorname des / der Sorgeberechtigten)

Für alle Versicherten:

Ausfallhonorar: Ich verpflichte mich, dafür Sorge zu tragen, dass die Behandlungstermine meines Kindes pünktlich wahrgenommen und bei Verhinderung spätestens bis zwei Arbeitstage (48 Stunden) vor dem Termin abgesagt werden. In psychotherapeutischen Praxen ist zu jedem Termin nur eine Behandlung einplanbar. Deshalb kann bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in Höhe von 50,- € erhoben werden, welches nicht von der Versicherung erstattet wird. Das gilt auch dann, wenn ich den Termin unverschuldet nicht rechtzeitig absagen konnte.

Offenbarungspflicht: Laut EBM (Gebührenordnung für Abrechnung) ist Frau Sturm gesetzlich verpflichtet, meinem Hausarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichtsentbindung meinerseits, sondern es besteht für ihn eine gesetzliche Offenbarungspflicht. Von dieser Offenbarungspflicht entbinde ich Frau Sturm. Frau Sturm wird stattdessen nach Absprache mit mir mit behandelnden Ärzten kommunizieren, soweit dies für die Behandlung jeweils erforderlich ist.

Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.

Videoaufzeichnung: Ich bin damit einverstanden, dass in den Sitzungen aus therapeutischen Gründen Videoaufzeichnungen angefertigt werden können. Diese Aufzeichnungen werden nach therapeutischer Zweckerfüllung wieder gelöscht, womit sie auch nicht Teil der Patientenakte werden. Bitte bekunden Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen eingehend gelesen haben und mit diesen Bedingungen für die therapeutische Zusammenarbeit einverstanden sind.

Qualitätssicherung: Um die Qualität der Behandlung zu gewährleisten, befindet sich Frau Irene Sturm in einem kontinuierlichen Weiterbildungsprozess. In diesem Zusammenhang nimmt sie auch Supervision / Intervision bei dafür qualifizierten KollegInnen in Anspruch, die Einzelheiten über die Therapie erfahren. Keine Details werden mitgeteilt, die Rückschlüsse auf die Identität des Klienten ermöglichen. Ich gebe mein Einverständnis, meine Therapeutin zu diesem Zweck von der Schweigepflicht gegenüber dem/der SupervisorIn /IntervisorIn zu entbinden.



Irene Sturm

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Bauerstr. 15 80796 München
0176 433 44 776

Zustimmung Datenschutzverordnung, Einwilligung Kontaktaufnahme, Offenbarungspflicht:

hiermit bestätige/n ich/wir (auch Name des Kindes)

- dass ich/wir die aufgehängten Datenschutzbestimmungen gelesen und zur Kenntnis genommen habe/n und ihnen zustimme/n.
- dass ich/wir von Frau Irene Sturm kontaktiert werden darf/dürfen.
- dass ich/wir von Frau Irene Sturm per Brief kontaktiert werden darf/dürfen.
- dass Frau Irene Sturm mich/uns per Email kontaktieren darf/dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters /
der gesetzlichen Vertreterin